

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIIIa. LEGISLATURA
CUARTO PERIODO

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 2498 DE 1993

OCTUBRE DE 1993

COPIA DEL ORIGINAL SIN CORREGIR

BENEFICIOS EN LOS COMPUTOS JUBILATORIOS DEL PERSONAL DE SALUD

VERSION TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE LA COMISION DEL DIA 20 DE OCTUBRE DE 1993

A S I S T E N C I A

Preside	: Señor Senador Raumar Jude
Miembros	: Señores Senadores Carlos Bouzas, Enrique Cadenas Boix, Carlos Julio Pereyra y Jaime Pérez
Invitados especiales	: Señor Director General de Salud del Ministerio de Salud Pública, doctor Juan Carlos Salsamendi.
Secretaria	: Señora Josefina Rissig

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 5 minutos)

La Comisión da la bienvenida al señor Director General de Salud del Ministerio de Salud Pública, doctor Juan Salsamendi, quien ha sido invitado para brindar su opinión con respecto a los beneficios en los cómputos jubilatorios del personal de Salud Pública.

SEÑOR SALSAMENDI.- Antes que nada, quiero agradecer que me hayan invitado para emitir mi opinión sobre el tema a estudio de esta Comisión. En realidad, quienes llegamos a determinada edad nos sentimos orgullosos de que se nos consulte sobre un asunto como éste, si bien debo aclarar que esta no es mi especialidad, pues soy técnico en salud pública, pero no en legislación y, menos aún, en lo referido al tema jubilatorio. Simplemente, quiero brindar mi aporte personal de lo que es la experiencia recogida en mi vivencia en los hospitales.

A través de lo que hemos observado en los programas de ancianidad, debemos señalar que es necesario ir pensando en lo que yo llamaría "desinserción progresiva". El niño viene adquiriendo responsabilidades cada vez mayores desde que ingresa a la guardería; sin embargo, hemos palpado lo terrible que es la jubilación, porque saca a la persona de la sociedad en forma brusca y no de manera progresiva. Creo que es bueno que se vayan pensando sistemas mediante los cuales se le quite gradualmente, y no en forma brusca --con aportes de varios elementos--,

responsabilidades de trabajo.

Asimismo, hemos recogido ciertas experiencias en relación con los regímenes especiales en las jubilaciones de salud pública. Precisamente, en el artículo que se propone se señala al personal de enfermería --profesional y auxiliar--, así como a aquellos que tengan trato directo con los pacientes. Al respecto, voy a hacer la siguiente reflexión. En algún momento se ha incluido algún artículo otorgando mejores salarios a las personas que tienen contacto con el enfermo. En ese sentido, debemos pensar quién no tiene contacto directo con el enfermo en un hospital, pues lo tiene absolutamente todo el personal. Por lo tanto, empiezan a reclamar otros profesionales, es decir, médicos, laboratoristas, radiólogos, fisiatras, auxiliares de servicio y telefonistas, entre otros. De modo que esto nos ha creado muchas dificultades en el aporte que ellos deben efectuar y este problema también se puede producir en el aspecto jubilatorio. Naturalmente, tanto en un hospital como en una policlínica se está en contacto con el enfermo. Pienso que en este caso se busca --al igual que con los aportes salariales-- contemplar el caso del que está en contacto directo, es decir, en sala con el enfermo, que es el que realmente sufre. Hay que tener en cuenta que existen otros elementos, tales como la falta de recursos, el ambiente de trabajo que lleva a que se elijan varios caminos. En ese sentido, pienso que hay que hacer diferencias bien claras de determinados servicios y luchar para que los insalubres se vuelvan salubres.

Por ejemplo, en el caso de radiología creo que lo que hay que evitar es la exposición y existen mecanismos para hacerlo. Los auxiliares de radiología tienen la obligación de usar una placa que marca las radiaciones que están recibiendo, pero lo que interesa es que no se expongan a la radiación. Hay mecanismos para aislar los procesos, sobre todo hoy, que no hay razón para que la persona esté en el lugar de la radiación, ya que puede ver el proceso a través de pantallas de televisión. Inclusive, es necesario proteger de la radiación al propio enfermo. La vieja radioscopia se trata de utilizar lo menos posible, porque implica un gran bombardeo de radiación. Eso hay que mejorarlo, pero por los otros mecanismos.

Sin embargo, hay dos actividades que vale la pena mencionar porque, en mi concepto, no tienen solución posible. Me refiero a los profesionales que tratan al enfermo psiquiátrico, que es algo tremendamente estresante, y a los que prestan servicios en el CTI, que permanentemente están luchando contra la muerte, ante situaciones límite. Esa gente no soporta muchos años de trabajo y tampoco existen mecanismos que permitan corregir tal situación. El individuo se defiende psicológicamente de dos maneras: deshumanizándose --lo que, a su vez, genera otros problemas--, o destrozándose personalmente. He podido conocer problemas familiares muy serios de personas que han trabajado en el CTI por un tiempo demasiado largo. Por eso creo que hay que apreciar esta situación, considerarla y, por lo menos, tratar de rotar al personal. La situación no es igual para quien está haciendo una pasantía que para quien permanentemente está trabajando con esos enfermos, aunque a veces se acoge luego a un beneficio especial porque

pasó tres meses por ese centro. Por eso creo que se debe estudiar muy bien toda esta problemática y habría que pensar técnicamente cuál es el tiempo límite que una persona puede trabajar en un CTI o en un servicio de asistencia psiquiátrica porque, evidentemente, hay diferencias.

En otros casos, se pone de manifiesto un aspecto psicológico que no es real pero que es necesario considerar, como sucede con el SIDA. Podemos explicar al personal que no se va a contagiar, ya que el SIDA sólo se trasmite por los leucocitos, de manera totalmente directa. Quizás deberíamos explicar un poco esto, porque a veces uno no se explica cómo comenzó la enfermedad en los homosexuales y hoy afecta a los bisexuales y heterosexuales. Se necesita mucha cantidad de leucocitos infectados para poder trasmitir la enfermedad; la mucosa rectal está preparada para absorberlos. Nadie puede decir que no se trasmite por la saliva, lo que ocurre es que se necesitan muchos litros de saliva para producir la contaminación. Entonces, como decía, uno puede explicar hasta el cansancio que el mecanismo de trasmisión es sexual, o a través de la sangre o del material contaminado, pero no se puede conocer el factor psicológico que incide en la enfermera que trabaja con enfermos sidáticos. Creo que también es necesario tener esto en cuenta.

En cuanto a los otros problemas, no son tantos. Los infectocontagiosos son perfectamente dominables.

Creo que quienes importan son aquellos que están en contacto con los enfermos que presentan riesgos reales de trastornos psíquicos o físicos, lo que se puede detectar fácilmente. No me estoy refiriendo a los que sirven los alimentos, que pasan seis u ocho horas en la cocina y luego le dan la comida al paciente internado, aunque debemos reconocer que ellos también están en contacto con él.

Entiendo que nuestra presencia aquí es muy valiosa ya que, de esta manera es posible conseguir algunos logros para mejorar la situación a que he hecho referencia. Digo esto porque, a través de la legislación, se puede actuar de forma tal se realice aquello que deseamos y se evite lo que no queremos que se haga.

Debemos hacer notar que son tan malas las condiciones de trabajo en materia de salarios y de otros factores, que solamente los grandes vocacionales son quienes están al lado del enfermo. Es evidente que si no otorgamos algunas ventajas o mejores posibilidades a los empleados para que cumplan debidamente sus tareas, cada vez habrá menos personal en estas áreas.

En resumen, esta es la experiencia que he obtenido a lo largo de estos años, y entiendo que lo que he planteado es de gran valor, por lo que sería conveniente solucionar todos estos problemas.

Reitero que hay que ser muy cuidadosos con respecto al personal de enfermería profesional y auxiliar, como con todos aquellos que tengan trato directo con los pacientes.

Por otro lado, entiendo que se pueden buscar soluciones para mejorar la situación de quienes se desempeñan en el área radiactiva o de infecto-contagiosos, aunque reconozco que es muy difícil encontrar

una salida --porque considero que son trabajos muy estresantes-- para quienes tratan con enfermos psiquiátricos o atienden los C.T.I.

SEÑOR PEREZ.- Antes que nada, quiero agradecer la información que nos ha brindado el doctor Salsamendi, basada en su experiencia. Asimismo, entiendo --así lo hemos conversado antes de comenzar la sesión de la Comisión-- que siendo el sector de enfermería un eslabón básico en la cadena de la Medicina, es necesario buscar alicientes para ellos, aunque debo admitir que no son tenidos en cuenta como correspondería.

He explicado que el médico --por razones que comprendo y comparto-- es considerado una personalidad por parte de la sociedad. En varias oportunidades he manifestado que si, por ejemplo, un doctor necesita un auto, por el sólo hecho de ser profesional, inmediatamente se le da la posibilidad de obtenerlo --no me refiero sólo al aspecto económico-- ya que, inclusive, encuentra buena disposición también de parte de quienes venden automóviles. Lo mismo sucede en el caso de que solicite un teléfono en ANTEL. No ocurre lo mismo con el sector de enfermería --aquí también hay médicos, pero me refiero específicamente a enfermeros, auxiliares, etcétera-- que, sin embargo, constituye el personal fundamental cuando se trata de atender en la sala a los enfermos, quienes los consideran "dioses", sobre todo cuando están graves. En cambio, cuando estos empleados salen a la calle, la situación no es la misma. Por ser un trabajo que no se hace solamente por necesidad económica, sino que requiere vocación, daría la impresión de que a este personal deben otorgársele los alicientes que estimulen una atención física o psíquica --sobre todo a quienes están afectados a los C.T.I., a los sidosos o a aquellos que padecen problemas psiquiátricos-- ya que se

ven enfrentados permanentemente a una tensión extrema.

Todos estos aspectos fueron contemplados en leyes aprobadas en 1940; luego se sancionaron otras en 1951 y 1957. Es decir que éste ha sido un tema al que se le ha prestado atención permanentemente hasta que, lamentablemente, creo que por el Acto Institucional Nº 9, se terminó con esos mecanismos, y esta situación no cambió con el reintegro de la democracia en nuestro país.

Por último, quiero decir que estoy totalmente satisfecho con lo que ha expresado el doctor Salsamendi.

SEÑOR SALSAMENDI.- Creo que el señor senador Pérez ha mencionado aspectos muy importantes, que también tienen que ver con una experiencia personal. Cuando los médicos tenemos familiares enfermos, debo reconocer que nos vemos afectados por una situación muy difícil. Decimos esto porque, si bien los profesionales en esta materia tenemos vocación, humanización y dedicación, nuestro mecanismo de trabajo es distinto, porque examinamos al paciente, hacemos el diagnóstico correspondiente y nos retiramos a esperar el resultado. Sin embargo, quien queda al lado del enfermo aguardando su evolución, es la enfermera, y quiero hacer notar que esta situación es realmente desgastante. Entonces --como ya he dicho--, cuando los médicos tenemos un familiar enfermo, viene un colega, indica la medicación adecuada y se va, y somos nosotros quienes nos quedamos al lado de la cama. Así, nos damos cuenta de lo estresante que es la espera de una evolución --que muchas veces se da en el caso de los niños-- y de una recuperación que tarda en llegar, lo que va mellando la personalidad del acompañante.

En tal sentido, puedo decir que cuando me hice cargo del Hospital Pereira Rossell, y comencé a pedir mi equipo de trabajo --que estaría

formado por la Secretaría personal, la del Hospital, los Directores adjuntos, el Jefe de Personal, el Administrador y el Intendente-- no pude dejar de solicitar la Nurse Jefa de dicho nosocomio. Esto es así porque éste no puede funcionar sin la enfermería, ya que es el único personal que está las 24 horas junto a la cama del enfermo. Reitero que solamente presenciando esta situación se puede apreciar lo estresante que es y, por ello, recalco el contacto directo con el paciente --con la consiguiente responsabilidad de su recuperación-- y no aquel que se realiza a través de la alimentación. En este sentido, vemos que hay personas que llevan adelante estas tareas por vocación u otros motivos, pero muchas deben abandonarlas porque les repercute en su vida familiar, ya que llegan muchas veces estresadas a su hogar, produciéndose de esa manera algunos desequilibrios en sus casas.

Las propuestas que existen apuntan a dar soluciones adecuadas a todos estos problemas y, como consecuencia, serán un aliciente para quienes se dedican a estas tareas.

Además, creo que lo que ha expresado el señor senador Pérez es muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pienso que la larga experiencia del doctor Salsamendi ha enriquecido los temas para los cuales hemos requerido su punto de vista, a fin de tener una opinión formada en esta Comisión.

ven enfrentados permanentemente a una tensión extrema.

Todos estos aspectos fueron contemplados en leyes aprobadas en 1940; luego se sancionaron otras en 1951 y 1957. Es decir que éste ha sido un tema al que se le ha prestado atención permanentemente hasta que, lamentablemente, creo que por el Acto Institucional Nº 9, se terminó con esos mecanismos, y esta situación no cambió con el reintegro de la democracia en nuestro país.

Por último, quiero decir que estoy totalmente satisfecho con lo que ha expresado el doctor Salsamendi.

SEÑOR SALSAMENDI.- Creo que el señor senador Pérez ha mencionado aspectos muy importantes, que también tienen que ver con una experiencia personal. Cuando los médicos tenemos familiares enfermos, debo reconocer que nos vemos afectados por una situación muy difícil. Decimos esto porque, si bien los profesionales en esta materia tenemos vocación, humanización y dedicación, nuestro mecanismo de trabajo es distinto, porque examinamos al paciente, hacemos el diagnóstico correspondiente y nos retiramos a esperar el resultado. Sin embargo, quien queda al lado del enfermo aguardando su evolución, es la enfermera, y quiero hacer notar que esta situación es realmente desgastante. Entonces --como ya he dicho--, cuando los médicos tenemos un familiar enfermo, viene un colega, indica la medicación adecuada y se va, y somos nosotros quienes nos quedamos al lado de la cama. Así, nos damos cuenta de lo estresante que es la espera de una evolución --que muchas veces se da en el caso de los niños-- y de una recuperación que tarda en llegar, lo que va mellando la personalidad del acompañante.

En tal sentido, puedo decir que cuando me hice cargo del Hospital Pereira Rossell, y comencé a pedir mi equipo de trabajo --que estaría

SEÑOR BOUZAS.- Deseo recordar que la duda que se había planteado la semana pasada en el seno de la Comisión tenía que ver con que las razones que existían en el año 1940 para hacer un cómputo de 1 por 2, o 2 por 1, a quienes trabajaban en contacto con pacientes poseedores de enfermedades infecto-contagiosas, podrían haber desaparecido en virtud de que el avance de la tecnología hace posible aislar --como bien lo explicó el doctor Salsamendi-- de la enfermedad al personal que los asiste. No obstante, me parece que lo que plantea el doctor Salsamendi es que el problema que tiene la persona que trabaja junto al paciente no es contagiarse, sino sufrir trastornos síquicos como consecuencia de estar permanentemente luchando con la vida y la muerte. Destaco esto porque me ha abierto un panorama nuevo que la semana pasada me creaba ciertas dudas cuando se dijo que la razón del cómputo 2 por 1 se debía al hecho de adquirir la enfermedad del paciente.

Al principio de su intervención, el doctor Salsamendi también hizo referencia --y, en este sentido, creo que su opinión es importante para el trabajo que la Comisión pretende llevar adelante junto a él-- al problema del acceso de la persona a la jubilación. A este respecto, anotó la importancia de que así como cuando el niño ingresa a las responsabilidades de la vida, lo hace en forma paulatina, también es conveniente que cuando el adulto se retira de tales responsabilidades, lo haga de igual modo.Hay trabajos en el mundo --y en nuestro país recién estamos ingresando en ello-- para tratar de lograr que la jubilación de la persona pueda hacerse en forma paulatina, por ejemplo, mediante el retiro a tiempo parcial. Inclusive, existen algunos institutos de previsión que están realizando una serie de tareas relativas a la preparación

de la persona para cuando a ésta le llegue el momento de jubilarse. Aquí no se trata de sentarse a la puerta de la casa esperando que sobrevenga la muerte, sino de que en ese momento de la vida la persona pueda realizar aquello que, de pronto, tuvo que dejar de lado, y que constituye algo así como una asignatura pendiente.

Creo que vale la pena hacer mención a esto, entre otras cosas, porque el doctor Salsamendi lo trajo a colación en la Comisión. Todos sabemos que él es un especialista en el tema de los adultos mayores y es, precisamente, por esa causa que la Comisión de Salud Pública del Senado ha propuesto su contratación, junto a la de otros dos técnicos --los doctores Inda y Alvarez Martínez--, a los efectos de elaborar una reglamentación en lo que hace a una humanización mayor de las denominadas casas de salud.

Esta Comisión trabajó activamente en torno a este planteo que se hizo en el mes de junio. Inmediatamente tuvimos el visto bueno, tanto de quien nos visita en el día de hoy, como de los técnicos mencionados; pero, lamentablemente, por un problema de trámite interno del Senado, hasta el día de hoy no se ha podido resolver la forma contractual en que estos tres profesionales van a relacionarse con el trabajo de esta Comisión. Ayer --no sé por cuál vez-- fracasó una reunión de la Comisión de Presupuesto que debía dar el visto bueno al contrato que habíamos propuesto.

Sé, por el contacto que mantengo con los tres técnicos designados, que los doctores Salsamendi, Inda y Alvarez Martínez ya han comenzado a trabajar en esto y que, a poco de que logremos destrabar este problema administrativo interno del Senado, nos harán llegar las conclusiones de sus estudios.

En fin, quería aprovechar la visita del doctor Salsamendi

para hacer mención a este aspecto y recalcar que no es que la Comisión de Salud Pública se haya olvidado de una iniciativa por la cual nos pusimos en contacto con él sino, repito, que hay problemas internos que aún no hemos podido solucionar.

SEÑOR PEREZ.- Creo que es bueno puntualizar que no se trata de problemas políticos, sino internos.

SEÑOR BOUZAS.- Exactamente; podríamos decir que son problemas burocráticos, puesto que en torno a este tema hay acuerdo general, tanto en la Comisión como en el Senado.

Decía que ésta es la causa por la cual todavía no ha podido tener luz verde el proyecto de ley que desde el mes de junio está radicado en el Comisión de Salud Pública del Senado.

SEÑOR SALSAMENDI.- Ante todo, deseo agradecer la aclaración hecha por el señor senador Bouzas, aunque creo que no era necesaria, puesto que sentimos que es nuestro deber trabajar y colaborar. De pronto, se podría pensar que estamos entrando en una etapa de la vida en que tenemos que pagar para ayudar.

Me parece que aquí se ha apuntado a un aspecto muy importante, y es que la tecnología ha hecho salubres cosas que antes no lo eran. Si en radiología, con la tecnología actual, puede evitarse que una persona reciba radiaciones nocivas --no importando el período durante el que se vea expuesta-- hay que obligar a que se cuente con los equipos adecuados para que no se sufran lesiones.

Ahora bien, el problema de las enfermedades infecto-contagiosas es completamente distinto. La aparición de las sulfas primero, y de la penicilina después, con la gama de antibióticos y, además, la esterilización, han hecho que se pueda evitar el contagio.

Quiero recordar a los señores senadores que la puesta en

funcionamiento, allá por el año 1930, del Sanatorio Lamas y Mondino, fue una empresa muy difícil, entre otras cosas, porque en ese momento se registraba un índice mayor de muertes de las parturientas internadas que de las que eran atendidas en su domicilio, debido a fiebre puerperal. ¿Por qué sucedía esto? Porque cuando el médico iba a asistir un parto a domicilio, se higienizaba y mudaba de vestimenta al salir del hospital o de su hogar. En cambio, en el hospital, pasaba de una parturienta, o de la sala de autopsias, a atender otro parto; no conocía la trasmisión de los microbios a través de las manos sucias. Esta situación ha cambiado y ha hecho que, repito, algo insalubre se haya transformado en salubre. Precisamente, éste es uno de los aspectos por el que debemos luchar.

No obstante, hago incapié en otro factor importante que, a mi juicio, no podemos evitar con ninguna tecnología. Me refiero a la situación del personal que permanece durante ocho horas en un C.T.I., viendo morir o agonizar a los pacientes, y también sintiendo la angustia de sus familiares. A tal punto llega el estrés de estas personas, que muchas veces dicen incoherencias a los familiares de los pacientes internados, cosa que molesta a quienes están fuera del problema, puesto que no conocen lo que significa estar del otro lado de la sala en contacto con enfermos que están agonizando. Precisamente, esto es consecuencia de la tecnología, ya que hoy contamos con Centros de Tratamiento Intensivo de los que carecíamos en el pasado. Reitero que esto no se puede evitar.

Este fenómeno se ve agudizado en el caso de los enfermos siquiátricos. Es terrible ver a una persona completamente sana físicamente --más aún si se trata de un joven--, cuya mente está perdida. Esto provoca importantes trastornos y, por eso, hay vocaciones para determinadas actividades. Hay quienes no las pueden llevar a cabo

ni siquiera un día, independientemente de la remuneración que se les ofrezca, porque para esto se necesita una vocación. Justamente, a esto apunta la legislación: a atender a este sector.

SEÑOR CADENAS BOIX.- He seguido con atención las explicaciones brindadas por el doctor Salsamendi, sobre todo, porque fui yo quien manifestó su inquietud en torno a que las razones que existían en 1940 para votar un régimen de esta naturaleza, se mantenían en la actualidad.

Al parecer, la posibilidad de contagio, o las futuras perturbaciones que sufre el personal encargado de aplicar radiaciones, han cambiado fundamentalmente. Pero a lo que apuntaba la exposición del doctor Salsamendi es algo distinto: el estrés a que se puede ver afectado el personal en contacto con el enfermo, fundamentalmente, con relación a tres ramas, que son la siquiátrica, la ceteísta y lo que tiene que ver con el SIDA.

Seguramente el doctor Salsamendi recordará --y todos nosotros tenemos edad suficiente como para haber conocido esos hechos-- el movimiento gremial de los funcionarios de la salud que tuvo lugar hace algunos años que en función del estrés que aquí se ha mencionado, solicitaban reducir el horario de 8, a 6 horas. Si bien la iniciativa tuvo éxito, me gustaría saber si esa reducción horaria --que si no recuerdo mal fue en la década del 70-- operó beneficiosamente en esa área. Creo que los funcionarios del CTI tienen un horario más prolongado.

SEÑOR SALSAMENDI.- La pregunta del señor senador Cadenas Boix es sumamente interesante y por esa razón es que pensamos que una legislación en torno a este tema debe ser muy bien pensada.

Efectivamente, viví esa situación que surgió como consecuencia de una huelga en la que los funcionarios pedían un aumento de salario. Como en ese momento no podían otorgárselo --quizás esté en un error, pero creo que así sucedieron los hechos--, se les redujo el horario y al verse compensados, el conflicto culminó. En consecuencia, trabajaban 12 horas y en dos lugares, porque un salario de 6 horas no les permitía vivir. Entonces, podemos decir que el funcionario no consiguió lo que quería y, por otra parte, hubo que emplear más gente. Además, tres turnos de 8 horas se transformaron en 4 de 6 y los funcionarios debían trabajar en el Ministerio y también en el mutualismo. Como este último tenía mecanismo coercitivos mayores que el Estado y, a la vez, pagaba mejores salarios, en el mutualismo la labor se cumplía más eficientemente. Pensamos que esta situación no se dio en forma voluntaria porque, en realidad, nadie puede resistir doce horas de trabajo. Por lo tanto, veíamos que los funcionarios de salud pública

estaban siempre cansados. Esa etapa fue muy difícil porque si no ajustábamos los horarios, los funcionarios se iban de la institución. Además, debíamos ceder en muchos beneficios y cuando un enfermero estaba dormitando, tratábamos de pasarlo por alto porque sabíamos que era consecuencia del trabajo excesivo.

Es fundamental que la ley no cree situaciones en contra del funcionario y creo que es beneficioso que tengamos en cuenta el ejemplo mencionado por el señor senador Cadenas Boix en el sentido de que a veces las medidas pueden crear perjuicios.

SEÑOR PEREZ.- Me gustaría saber si en este momento los funcionarios están trabajando 8 horas.

SEÑOR SALSAMENDI.- El señor senador se está refiriendo a la Administración de Servicios de Salud del Estado, institución a la que ya no pertenezco. No obstante, tengo entendido --quizás esté cometiendo un error-- que fue optativo, es decir que quien quería trabajar 8 horas tendría una remuneración mayor.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión agradece al doctor Salsamendi la información que nos ha suministrado y le expresa su reconocimiento y aprecio por concurrir siempre que se le ha solicitado.

SEÑOR SALSAMENDI.- Realmente, es muy grato que la Comisión me tenga en cuenta y quedo a las órdenes.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica. Es la hora 9 y 50 minutos)